様式６（第７条関係）

年　　　月　　　日

徳島県知事　殿

徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録申請書

徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の意思疎通支援者として登録を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　― |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| メールアドレス |  |
| 支援可能日時 | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 祝日（年末年始を含む。） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 研修受講歴 | □　徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会（受講年度：　　　　年度）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | 〒　　　　― |
| 氏名 | 続柄 | 電話番号 |  |
| 携帯電話 |  |
| 備考 |  |
|  |
| 添付書類 | 　□　徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会修了証（写し）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報は県及び本事業の受託団他が共有いたします。